

3. Мишинева Н.Г. Оценка овариального резерва у женщин репродуктивного возраста и его значение в прогнозировании успеха лечения бесплодия / Назаренко Т.А., Волков Н.И., Соловьева Н.Г., Смирнова А.А. // Журнал Рос. общества акушеров-гинекологов. - 2005. - № 1. - С. 36-39.
4. Никитин А.И. Некоторые вопросы фолликуло- и оогенеза, оплодотворение при проведении процедуры вспомогательной репродукции. В кн.: Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова, Л.Н. Кузьмичев // М 2005; 33—43.
5. Bili H Age-related differences in features associated with polycystic ovary syndrome in normogonadotrophic oligo-amenorrhoeic infertile women of reproductive years / Laven J, Imani B, Eijkemans MJ and Fauser BC // Eur J Endocrinol, 2001, №145; 749–755.
6. Cook CL Relationship between serum mullerian-inhibiting substance and other reproductive hormones in untreated women with polycystic ovary syndrome and normal women / Siow Y, Brenner AG and Fallat ME // Fertil Steril, 2002, №77, 141–146.
7. De Vet A Antimullerian hormone serum levels: a putative marker for ovarian aging / Laven JS, de Jong FH, Themmen AP and Fauser BC // Fertil Steril 2002; № 77, 357–362.
8. Durlinger AL Anti-Mullerian hormone attenuates the effects of FSH on follicle development in the mouse ovary / Gruijters MJ, Kramer P, Karels B, Kumar TR, Matzuk MM, Rose UM, de Jong FH, Uilenbroek JT, Grootegoed JA et al. // Endocrinology; 2001; № 142, 4891–4899.
9. Durlinger AL Regulation of ovarian function: the role of anti-Mullerian hormone / Visser JA and Themmen AP // Reproduction; 2002; № 124, 601–609.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

ВОЛЯНСКАЯ А. Г., МАРИЧЕРЕДА В. Г., ЛУНЬКО Т. А., КОЛОМИЕЦ Л. А.

г. Одесса

Сочетание бесплодия с наружным генитальным эндометриозом и миомой матки актуальная клиническая проблема, которая встречается у 25% женщин репродуктивного возраста. Эндометриоз имеет место у 50-60% пациенток с хроническими тазовыми болями и у 20-50% бесплодных женщин. Миома матки в 25-45% случаев является этиологическим фактором бесплодия, а в 37,0% - причиной невынашивания беременности. Спаечный процесс придатков матки и органов малого таза присутствует у 60-70% пациенток с эндометриозом [1, 5, 6]. В большинстве случаев тактика ведения этой категории больных включает консервативную хирургию и гормональную терапию. Результат зависит не только от квалификации хирурга. Достаточно большая раневая поверхность предрасполагает к возникновению послеоперационных спаек в 55-97% случаев, что может значительно снижать эффективность проведенного лечения и стать причиной трубно-перитонеального бесплодия, синдрома хронической тазовой боли, эктопической беременности, вовлечения в патологический процесс смежных органов, образования серозоцеле, развития кишечной непроходимости [4-7].

Основное внимание исследователей направлено на разработку методов профилактики спаечного процесса во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде. Однако, более перспективными могут быть мероприятия по предотвращению спаечного

процесса еще до выполнения операции, которые основаны на прогнозировании риска его возникновения [2,3].

Таким образом, невозможность предусмотреть интенсивность спайкообразования в послеоперационном периоде и недостаточная эффективность традиционных профилактических мероприятий требуют дальнейших исследований в этой области.

Цель исследования: повышение эффективности эндохирургического лечения бесплодных женщин с миомой матки и наружным генитальным эндометриозом путем оптимизации профилактики образования послеоперационных спаек.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 90 бесплодных пациенток репродуктивного возраста (средний возраст 28,5±2,3 лет) с миомой матки и наружным генитальным эндометриозом. Основными жалобами были тазовые боли – 70 (77,8%), геморрагический синдром - 39 (43,3%), диспаурения – 9 (10%) женщин. Степень тяжести тазового болевого синдрома оценивали по С.С.Мас Laverty, R.W.Shaw (1995). Средний показатель интенсивности тазовых болей составил 6,3 ± 0,5.

Всем пациенткам была выполнена лапароскопия, в ходе которой выполняли стадирование заболевания, оценивали локализацию и степень распространения очагов эндометриоза и миоматозных узлов, получали материал для гистологического исследования. Оперативные вмешательства осуществляли в объеме консервативной миомэктомии и консервативной хирургии эндометриоза (эксцизия и деструкция очагов эндометриоза, перитонэктомия) с использованием аппаратуры фирмы «Karl Storz». Соблюдались основные принципы консервативной миомэктомии, такие как разрез в бессосудистых зонах, рассечение внутренней стороны псевдокапсулы, удаление миоматозных узлов без вскрытия полости матки и без наложения швов. В послеоперационном периоде женщины получали инфузионную, антибактериальную и противовоспалительную терапию. Проводился комплекс традиционных реабилитационных мероприятий, ранний подъем, активное ведение послеоперационного периода, пребывание в стационаре 3,5±0,5 койко-дней, лечебная физкультура.

Первая группа (основная) - 40 пациенток, получавших в послеоперационном периоде ферментный препарат (серратиопептидазидаза) по 1 таблетке 2 раза в день в течение 1 месяца. Вторая группа (контрольная) – 50 пациенток, которым проводилось оперативное лечение по стандартной методике согласно приказу МЗ Украины № 582 от 15.12.2003 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Малые формы эндометриоза обнаружены у 51 (56,7%) пациенток, тяжелый эндометриоз – у 17 (18,9%), согласно классификации наружного генитального эндометриоза (AFS, 1986). Множественная миома матки (2-10 узлов) диагностирована у 56 (62,2%) женщин, единичные миоматозные узлы обнаружены у 34 (37,8%) женщин, среди которых субсерозные на ножке – у 1 (2,9%) женщины, субсерозные на широком основании – у 15 (44,1%) женщин, интерстициальные – 18 (53,0%) женщин. Среди дополнительных факторов бесплодия спаечный процесс был диагностирован почти у каждой второй пациентки. Многочисленные сращения наблюдались между придатками матки, петлями кишечника, сальником, пузырно-маточной складкой, стенками таза и тазовой брюшиной. Тяжелый спаечный процесс III-IV стадии, согласно классификации Hulka (1991), встречался в каждом третьем случае.

В зависимости от выявленной патологии выполнялся определенный объем оперативного вмешательства: адгезиолизис – 17 (18,8%), сальпингоовариолизис – 26 (28,9%), деструкция и эксцизия очагов эндометриоза - 72 (80%), перитонэктомия - 9 (10%), резекция яичников – 27(30%) женщин.

Комбинированный эстроген-гестагенный препарат с содержанием 2 мг диеногеста получали все пациентки после оперативного лечения с целью послеоперационной овариальной супрессии в течение 3 месяцев.

Эффективность проведенного лечения оценивали по динамике регрессии болевого и геморрагического синдромов. При анализе полученных результатов отмечается достоверное ($p<0,05$) уменьшение интенсивности болевого и геморрагического синдромов через 12 месяцев после оперативного лечения, а в большинстве случаев их полное отсутствие.

Выраженность спаечного процесса органов малого таза оценивали при проведении second-look лапароскопии, которую выполняли через 3-4 месяца у 11 пациенток из первой и 9 — второй группы. I стадия спаечного процесса была обнаружена у 2 (18,2%) пациенток в первой и у 4 (44,4%) — во второй группе, II стадия спаечного процесса имела место у 2 (22,2%) пациенток из второй группы. Спайки чаще располагались в позадматочном пространстве с вовлечением сальника, петель кишечника и придатков матки. Адгезиолизис и сальпингоовариолизис проводили с использованием электрохирургической оперативной техники. Кроме, того у некоторых пациенток с тяжелым генитальным эндометриозом встречались единичные эндометриоидные гетеротопии.

Анализ полученных данных показал, что послеоперационное спайкообразование чаще возникает после удаления множественных миоматозных узлов и при эксцизиях распространенного эндометриоза. Одним из путей профилактики спайкообразования является соблюдение принципов реконструктивно-пластической хирургии с применением средств, улучшающих течение репаративных процессов. Благодаря малой инвазивности и надежному гемостазу эндохирургические операции в отличие от лапаротомных вмешательств сопровождаются меньшей частотой спайкообразования. Кроме того, предупреждение образования послеоперационных спаек должно быть многокомпонентным и включать выявление всех факторов риска, соответствующую предоперационную подготовку, применение противоспаечных средств и активное послеоперационное ведение больных.

Однако, ведущим критерием эффективности проведенного лечения бесплодия является наступление беременности. За период наблюдения (12-18 месяцев) беременность наступила у 5 (12,5%) женщин основной группы и 1(2%) женщины контрольной группы.

Выводы

Таким образом, расширение традиционного объема профилактических противоспаечных мероприятий в послеоперационном периоде у бесплодных женщин с миомой матки и наружным эндометриозом путем применения иммуноферментного препарата позволило уменьшить процесс спайкообразования и увеличить частоту наступления беременности.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П. Репродуктивні наслідки реконструктивно-пластичних операцій при лейоміомі матки / Ю. П. Вдовиченко, М. Л. Кузьменська // Педіатрія акушерство та гінекологія.-К., 2011.-Т.73.№1.-С.96-98.
2. Гладчук И. З. Лапароскопическая миомэктомия / И. З. Гладчук, В. Д. Лищук // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.- 2005.- № 9.- С. 29-32.
3. Прогнозирование спайкообразования у больных с миомой матки и наружным генитальным эндометриозом после хирургического лечения / В. Н. Запорожан, И. З. Гладчук, Н. Н. Рожковская и др. // Одеський медичний журнал.- 2009.- № 5(115).- С. 39-44.
4. Спаечная болезнь брюшной полости / А. Г. Бебуришвили, А. А. Воробьев, И. В. Михин и др. // Эндоскопическая хирургия.- 2003.-№ 1.- С. 51-62.
5. Степановічус О.М. Оптимізація лікування зовнішнього генітального ендометріозу / О.М. Степановічус // Журнал Тернопільського державного медичного університету. - 2012. - № 2 (10) — С. 121-122.
6. Attard J.-A. Adhesive small bowel obstruction: epidemiology, biology and prevention / J.-A. Attard, A. R. MacLean // Canadian Journal of Surgery – 2007. – Vol. 50.- № 4. – P. 291-300.
7. Zondervan K.T. Epidemiology of chronic pelvic pain / Zondervan KT, Barlow D.H. // Ballieres Clin. Obstet. Gynaecol.-2000.-№ 14, P.403 — 414.